

MỐI LIÊN QUAN GIỮA PHANH MÔI TRÊN BÁM BẤT THƯỜNG ĐẾN RĂNG VÀ NHA CHU CỦA RĂNG CỬA GIỮA HÀM TRÊN Ở HỌC SINH TỪ 7 ĐẾN 11 TUỔI TẠI HÀ NỘI

Phùng Thị Thu Hà¹, ✉, Võ Trương Như Ngọc², Nguyễn Đình Phúc¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba,

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá mối liên quan của phanh môi trên bám bất thường đến răng và nha chu của răng cửa giữa hàm trên ở 1600 học sinh trong độ tuổi 7 đến 11 tại hai trường tiểu học trên địa bàn thành phố Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ phanh môi trên bám bình thường ở niêm mạc là 57,0%, tiếp đến là bám bất thường ở lợi dính 38,6%, 3,9% bám nhú lợi và 0,4% bám quá nhú lợi. Trong đó tỷ lệ bám bất thường ở nhú lợi của nhóm 7-8 tuổi cao hơn so với nhóm 9-10 tuổi và nhóm 11 tuổi (5,4% so với 2,7% và 2,9%), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Học sinh có phanh môi trên bám bất thường có nguy cơ cắn chéo cao gấp 1,23 lần (OR = 1,23, 95%CI: 0,66 – 2,27), nguy cơ co kéo lợi cũng cao gấp 5,15 lần (OR = 5,15, 95%CI: 2,29 – 13,08) so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường. Tỷ lệ học sinh bị viêm lợi ở răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái cao ở nhóm phanh môi trên bám bất thường quá nhú lợi (28,6%) và nhú lợi (25,4% và 22,2%).

Từ khóa: Phanh môi trên bám bất thường.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàm răng và các mô lợi khỏe mạnh đóng vai trò rất quan trọng đối với vẻ ngoài thẩm mỹ và khả năng hoạt động tốt của khuôn mặt. Các vấn đề về nha khoa đặc biệt là vấn đề phanh môi trên bám bất thường cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm giảm thiểu ảnh hưởng không tốt đến răng và nha chu của trẻ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, khi phanh môi trên bám bất thường sẽ gây ra tình trạng mất nhú lợi, tụt lợi, khe thưa, lệch lạc răng, khó khăn trong vệ sinh răng miệng và trong phục hình hàm giả, cũng có thể gây sang chấn tâm lý.^{1,2} Không những thế, phanh môi trên bám bất thường có thể dẫn đến nhiều vấn đề như hạn chế vận động, tạo đường cười cao, ảnh hưởng chức năng của môi.³ Ngoài ra, nó

còn có thể gây chậm liền thương khi bị chấn thương.⁴ Phanh môi trên bám bất thường cũng ảnh hưởng tới sự duy trì mảng bám và mức độ viêm lợi do túi nha chu bị kéo và mở ra, cho phép mảnh vụn thức ăn xâm nhập vào, gây khó khăn trong vệ sinh răng miệng.⁵ Trên thế giới, năm 2016, Yuri Castro tiến hành nghiên cứu vị trí bám của phanh môi trên ở 95 đối tượng tuổi 18 - 60 tại Peru. Nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ vị trí bám phanh môi trên như sau: bám niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 54,6%; bám lợi dính chiếm 42,3%; bám nhú lợi chiếm 3,1%; không có trường hợp nào bám quá nhú.⁶ Tại Việt Nam, năm 2013, Vũ Duy Tùng đã nghiên cứu “khảo sát hình thái lâm sàng và ảnh hưởng của phanh môi trên tới nhóm răng cửa trên học sinh lớp 3, 4, 5 tại trường tiểu học Phúc Tiến, Phú Xuyên, Hà Nội” thực hiện trên 196 đối tượng từ 8 - 10 tuổi. Nghiên cứu cho kết quả vị trí bám phanh môi trên không ảnh hưởng đến độ cắn chòm, cắn chéo, cắn chia của vùng răng cửa giữa

Tác giả liên hệ: Phùng Thị Thu Hà,

Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba, Hà Nội

Email: phungha8668ncs@gmail.com

Ngày nhận: 05/01/2020

Ngày được chấp nhận: 03/03/2020

cũng như sự co kéo gây tụt lợi. Phan môi trên bám bất thường là yếu tố ảnh hưởng đến hình thái mọc răng cửa giữa hàm trên và gây khe thừa răng cửa.⁷ Nhằm khảo sát đánh giá mối liên quan của phan môi trên bám bất thường đến răng và nha chu của răng cửa giữa hàm trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Mối liên quan của phan môi trên bám bất thường đến răng và nha chu của răng cửa giữa hàm trên ở học sinh từ 7 đến 11 tuổi tại Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Học sinh từ 7 đến 11 tuổi đang học tại hai trường tiểu học Long Biên và trường tiểu học Bồ Đề, quận Long Biên, Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh từ 7 đến 11 tuổi đang học tại hai trường tiểu học thỏa mãn các tiêu chuẩn sau

- + Hai răng cửa giữa đã mọc đủ chiều cao.
- + Hợp tác nghiên cứu.
- + Chưa có can thiệp nắn chỉnh răng.
- + Được sự đồng ý của nhà trường và bố mẹ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.
- Đã có chấn thương ảnh hưởng đến phan môi trên và mô bên cạnh phan môi trên.
- Đã can thiệp phẫu thuật tạo hình phan môi trên.
- Uống thuốc ảnh hưởng đến lợi như phynantoin...

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 1/2016 đến tháng 06/2018

Địa điểm: Tại hai trường tiểu học Long Biên và trường tiểu học Bồ Đề, quận Long Biên, Hà Nội

3. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ học sinh đang học

tại hai trường tiểu học đã chọn. Tổng cỡ mẫu là 1600 học sinh.

Phương pháp chọn mẫu: Do nghiên cứu có chủ đích nên chúng tôi tiến hành chọn mẫu theo hai giai đoạn sau:

Giai đoạn 1: Chọn trường:

Chọn chủ đích hai trường tiểu học tại Hà Nội

Giai đoạn 2: Chọn đối tượng nghiên cứu

Chọn toàn bộ trẻ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu tại hai trường tiểu học đã được lựa chọn.

Nội dung, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm học sinh: tuổi, giới

- Đặc điểm lâm sàng phan môi: Vị trí bám phan môi trên: theo phân loại Mirko Placke (1974)¹² chia bốn loại

+ Bám bình thường khi phan môi trên bám ở niêm mạc (Độ I): phan môi trên bám gần tới hoặc tại ranh giới niêm mạc miệng-lợi, và không có dấu hiệu của đi qua phần lợi dính, tức là không thấy mô sừng hóa bị nâng lên khi kéo phan môi trên.

+ Bám bất thường ở lợi dính (Độ II): phan môi trên bám ở lợi dính và không mở rộng tới ranh giới đáy của núm lợi. Đường ranh giới đáy của núm lợi được giới hạn bởi đường nối điểm giữa viền lợi của hai răng cửa giữa.

+ Bám bất thường ở núm lợi (Độ III): phan môi trên bám tới đường ranh giới đáy của núm lợi, mà không có dấu hiệu của sự mở rộng phan môi trên tới phía vòm miệng hoặc sự tái nhọt bất cứ đâu trên núm lợi phía vòm miệng hoặc trên đỉnh núm lợi, thậm chí khi kéo căng phan môi trên.

+ Bám bất thường quá núm (Độ IV): phan môi trên bám tới đường ranh giới đáy của núm lợi kết hợp với: dấu hiệu của sự mở rộng, sự ảnh hưởng của phan môi trên tới phía vòm miệng hoặc tái nhọt bất cứ đâu trên núm lợi phía vòm miệng hoặc trên đỉnh núm lợi khi kéo căng phan môi.

- Mối liên quan giữa phanh môi trên bám bất thường đến răng và nha chu của răng cửa giữa hàm trên: cắn chòm, cắn chìa, cắn chéo, kiểu mọc hai răng cửa giữa hàm trên, khe thưa, viêm lợi.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Phương pháp: Phỏng vấn trực tiếp và khám lâm sàng.

Công cụ thu thập thông tin: phiếu hỏi và phiếu khám lâm sàng.

Điều tra viên: Các bác sĩ khám gồm chín người chia ba nhóm, mỗi nhóm ba người. Hai nhóm khám mỗi nhóm gồm: một người khám và hỏi học sinh, một người ghi chép và điền phiếu hỏi và phiếu khám, một người điều phối học sinh. Một nhóm chụp Xq gồm ba người: một người chụp phim Xq răng cận chóp, một người ghi chép kết quả và một người điều phối học sinh.

Quy trình thu thập số liệu: Danh sách học sinh được nhà trường cung cấp theo các lớp. Nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành khám cho từng lớp theo lịch được nhà trường sắp xếp.

4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần

mềm Epidata 3.1.

- Số liệu được xử lý bằng lập trình SPSS 16.0

- T-test, Anova test, Kwalis test được sử dụng để tìm sự khác biệt giữa 2 hay nhiều giá trị trung bình. χ^2 test, Fisher exact test được sử dụng để tìm sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích tương quan sử dụng tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95% CI.

5. Đạo đức nghiên cứu

- Lựa chọn đối tượng nghiên cứu đúng với tiêu chuẩn đề ra

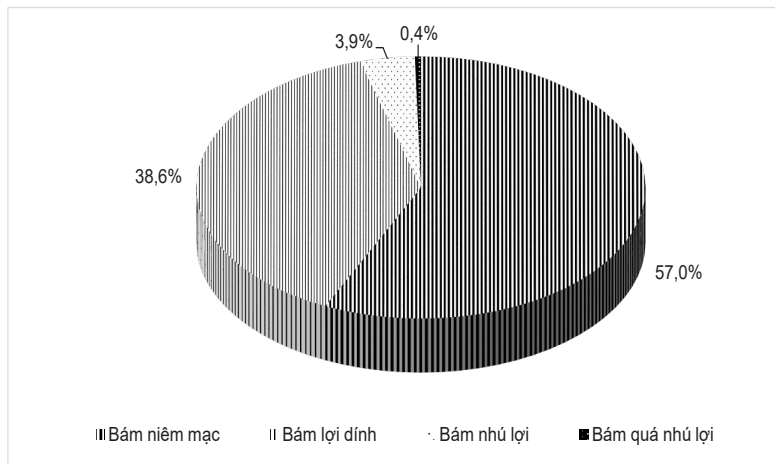
- Các quy trình khám lấy số liệu đảm bảo vô khuẩn, không ảnh hưởng tới sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

- Các thông tin thu được phải đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Bổ sung bảng thông tin nghiên cứu và có bản cam kết tham gia nghiên cứu

- Đề tài đã được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức của Trường đại học Y Hà Nội theo quyết định số 187/HĐĐĐHYHN ngày 20/02/2016 và đề tài tuân thủ các quy trình, quy định đã được ban hành

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm vị trí bám phanh môi trên



Biểu đồ 1. Vị trí bám phanh môi trên (n = 1600)

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hơn một nửa học sinh có vị trí bám phanh môi trên là bám bình thường vào niêm mạc, chiếm 57,0%, tỷ lệ phanh môi bám bất thường là 43,0% trong đó bám bất thường vào lợi dính (38,6%). Tỷ lệ bám bất thường vào nhú lợi và bám quá nhú lợi thấp, lần lượt là 3,9% và 0,4% (biểu đồ 1).

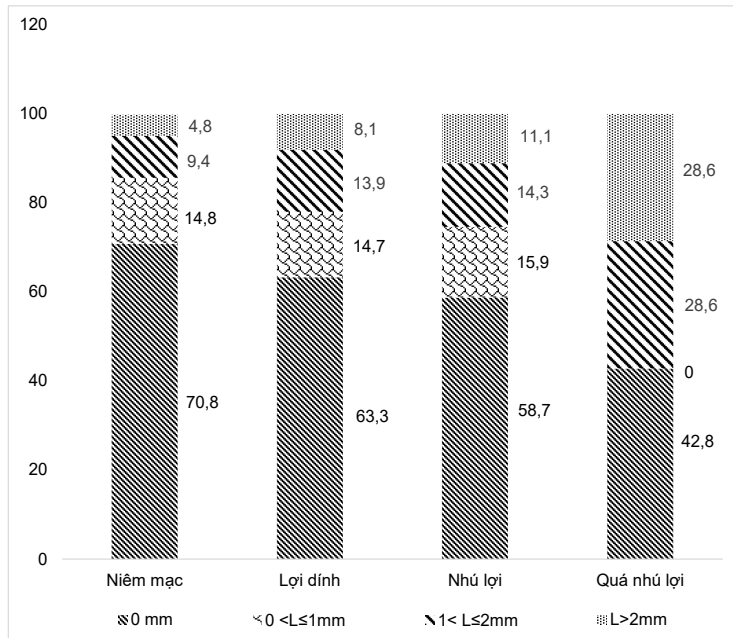
2. Mối liên quan giữa phanh môi trên bám bất thường đến răng và nha chu của răng cửa giữa hàm trên

Bảng 1. Mối liên quan giữa vị trí bám của phanh môi trên với răng cửa giữa hàm trên (n = 1600)

Vị trí PMT	Có	Không	OR	95% CI
Độ cắn chéo				
Bám bất thường (n = 688)	23	665	1,23	0,66 -2,27
Bám bình thường (n = 912)	25	887		
Độ cắn chòm/cắn chìa				
Bám bất thường (n = 688)	24	664	1,18	0,65 – 2,15
Bám bình thường (n = 912)	27	885		
Khe thưa				
Bám bất thường (n = 688)	257	431	1,45	1,17 – 1,80
Bám bình thường (n = 912)	266	646		
Kiểu mọc răng cửa giữa hàm trên bên phải bất thường				
Bám bất thường (n = 688)	182	506	1,64	1,28 – 2,10
Bám bình thường (n = 912)	164	748		
Kiểu mọc răng cửa giữa hàm trên bên trái bất thường				
Bám bất thường (n = 688)	187	501	1,56	1,23 – 1,99
Bám bình thường (n = 912)	176	736		

Bảng 1 chỉ ra rằng, học sinh có phanh môi trên bám bất thường có nguy cơ cắn chéo cao gấp 1,23 lần (OR = 1,23, 95%CI: 0,66 – 2,27) và nguy cơ xuất hiện khe thưa gấp 1,45 lần (OR = 1,45, 95%CI: 1,17-1,80) so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa vị trí bám phanh môi trên bám bất thường với tình trạng cắn chòm/cắn chìa (OR = 1,18, 95%CI: 0,65-2,15). Bên cạnh đó, học sinh có phanh môi trên bám bất thường có nguy cơ hai răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái mọc bất thường cao gấp 1,64 lần và 1,56 lần so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường (OR = 1,64, 95%CI: 1,28 - 2,10 và OR = 1,56, 95%CI: 1,23 - 1,997).

Bên cạnh đó, ở nhóm phanh môi trên bám niêm mạc, phần lớn không có khe thưa ở giữa hai răng cửa giữa hàm trên (0mm), chỉ có 14,8% dưới 1mm, 9,4% 1 - 2mm và 4,8% trên 2mm. Tỷ lệ có độ rộng khe thưa cao hơn ở nhóm phanh môi bám bất thường vào lợi dính (36,7%) và bám bất thường vào nhú lợi (41,3%), cao nhất ở nhóm bám bất thường quá nhú lợi (57,2%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (biểu đồ 2).



Chi 2 test: $p < 0,01$

Biểu đồ 2. Tỷ lệ phan môi trên bám bất thường đến độ rộng khe thưa giữa hàm trên (n = 1600)

Bảng 2. Mối liên quan giữa vị trí bám phan môi trên tới sự co kéo lợi (n = 1600)

Vị trí PM	Co kéo lợi		OR	95% CI
	Có	Không		
Bám bất thường (n = 688)	30	658	5,15	2,29 – 13,08
Bám bình thường (n = 912)	8	904		

Kết quả bảng 2 cho thấy nguy cơ co kéo lợi gặp phải ở những học sinh có phan môi trên bám bất thường cao gấp 5,15 lần so với học sinh có phan môi trên bám bình thường (OR = 5,15, 95%CI: 2,29-13,08).

Bảng 3. Tình trạng viêm lợi của hai răng cửa giữa hàm trên và vị trí bám của phan môi trên (n = 1600)

Phan môi	Không viêm lợi		Viêm lợi		p (chi 2 test)
	n	%	n	%	
R11					
Bám niêm mạc (n = 912)	708	77,6	204	22,4	> 0,05
Bám lợi dính (n = 618)	502	81,2	116	18,8	
Bám nhú lợi (n = 63)	47	74,6	16	25,4	
Bám quá nhú lợi (n = 7)	5	71,4	2	28,6	

Phanh môi	Không viêm lợi		Viêm lợi		p (chi 2 test)
	n	%	n	%	
		R21			
Bám niêm mạc (n = 912)	709	77,7	203	22,3	> 0,05
Bám lợi dính (n = 618)	502	81,2	116	18,8	
Bám nhú lợi (n = 63)	49	77,8	14	22,2	
Bám quá nhú lợi (n = 7)	5	71,4	2	28,6	

Bảng 3 cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ học sinh bị viêm lợi ở răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái cao nhất ở nhóm phanh môi bám bất thường quá nhú lợi (28,6%), nhú lợi (25,4% và 22,2%), thấp hơn ở nhóm bám bình thường vào niêm mạc (22,4% và 22,3%). Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hơn một nửa học sinh có vị trí bám phanh môi trên bám bình thường vào niêm mạc, chiếm 57,0%, học sinh có phanh môi bám bất thường với tỷ lệ lần lượt tại các vị trí bám lợi dính (38,6%), bám nhú lợi và bám quá nhú lợi có tỷ lệ thấp, lần lượt là 3,9% và 0,4%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Duy Tùng về vị trí bám phanh môi trên ở 196 học sinh 8 - 10 tuổi, cho kết quả vị trí phanh môi trên bám niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%), sau đó lần lượt là bám lợi dính (32,7%), bám tới nhú (13,3%), và thấp nhất là bám quá nhú (2,6%).⁷ Nghiên cứu của Jonathan PT và cộng sự cũng cho kết quả về vị trí bám phanh môi trên ở 1200 trẻ em từ 3 - 12 tuổi tại Ấn Độ: tỷ lệ bám niêm mạc cao nhất, chiếm 47,5%, tiếp theo là bám lợi dính (38,1%) và thấp nhất là bám tới nhú và bám quá nhú (14,2%).⁸

Đánh giá mối liên quan giữa phanh môi trên bám bất thường với răng cửa giữa hàm trên chỉ ra rằng, học sinh có phanh môi trên bám bất thường có nguy cơ cắn chéo cao gấp 1,23 lần so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường (OR = 1,23, 95%CI: 0,66 – 2,27) và chưa tìm thấy mối liên quan giữa vị trí

bám phanh môi trên với tình trạng cắn chòm/cắn chia (OR = 1,18, 95%CI: 0,65 - 2,15). Tuy nhiên, nghiên cứu của Trần Thị Thảo lại đưa ra kết luận rằng phanh môi trên bám bất thường không ảnh hưởng đến độ cắn chòm, cắn chia và cắn chéo của hai răng cửa giữa.⁹ Lý giải cho sự khác biệt là do có sự khác nhau giữa đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu của hai nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ở nhóm phanh môi trên bám niêm mạc, phần lớn không có khe thừa ở giữa hai răng cửa giữa hàm trên (0mm), chỉ có 14,8% dưới 1mm, 9,4% 1 - 2mm và 4,8% trên 2mm. Tỷ lệ có độ rộng khe thừa cao hơn ở nhóm phanh môi bám lợi dính (36,7%) và nhú lợi (41,3%), cao nhất ở nhóm quá nhú lợi (57,2%) ($p < 0,01$). Kết quả này khác với nghiên cứu Anna Sekowska trên 102 đối tượng có 50% khe thừa lớn hơn 2mm. Tỷ lệ những đối tượng có phanh môi trên bám bình thường vào niêm mạc và bám bất thường vào lợi dính có khoảng cách khe thừa lớn hơn 2mm cao nhất (65,4%) và ngược lại, ở nhóm có khoảng cách khe thừa nhỏ hơn 2mm thì vị trí bám nhú lợi và quá nhú thường gặp nhất (80,0%) và Anna báo cáo vị trí bám phanh môi trên ảnh hưởng đến khoảng cách khe thừa,

sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.¹⁰ Nghiên cứu của Trần Thị Thảo cũng đưa ra kết quả phanh môi trên bám niêm mạc và lợi dính chủ yếu không tạo khe thừa đường giữa (63,6% và 59,0%). Ngược lại vị trí phanh môi trên bám bất thường tới nhú lợi tỷ lệ có khe thừa khá cao (73,2%) và 100% phanh môi trên bám quá nhú tạo khe thừa đường giữa. Nghiên cứu chỉ ra có 55,6% khe thừa có độ rộng lớn hơn 2 mm ở phanh môi trên bám quá nhú. Phanh môi trên bám bất thường có mối liên quan có ý nghĩa với khe thừa, kết luận này phù hợp với nghiên cứu của Anna.⁹

Đối với mối liên quan giữa phanh môi trên bám bất thường với nha chu răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nguy cơ co kéo lợi gặp phải ở những học sinh có phanh môi trên bám bất thường cao gấp 5,15 lần so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường (OR = 5,15, 95%CI: 2,29 – 13,08). Bên cạnh đó, tỷ lệ học sinh bị viêm lợi ở hai răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái cao nhất ở nhóm phanh môi bám bất thường quá nhú lợi (28,6%) và nhú lợi (25,4% và 22,2%), thấp hơn ở nhóm bám bình thường vào niêm mạc và bám bất thường vào lợi dính. Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Yuri Castro báo cáo không có sự liên quan giữa vị trí bám phanh môi trên và tình trạng co kéo lợi.⁶ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu và đối tượng khác nhau giữa hai nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng trẻ em 7 – 11 tuổi, sở hữu bộ răng hỗn hợp, vẫn đang trong quá trình phát triển và thay răng dẫn đến phanh môi trên còn có thể thay đổi vị trí bám. Trong khi đó, nghiên cứu của Yuri⁶ thực hiện trên đối tượng người trưởng thành từ 18 đến 60 tuổi (độ tuổi trung bình $28,6 \pm 6$), sở

hữu bộ răng vĩnh viễn, nên có sự ổn định về vị trí bám phanh môi trên. Tác giả Trần Thị Thảo đưa ra kết quả vị trí phanh môi trên bám bất thường cao gấp 1,53 lần phanh môi trên bám bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ viêm lợi khi có phanh môi bám bất thường vào lợi dính là 12,4%, tiếp theo là bám tới nhú (19,3%) và cuối cùng là bám quá nhú có tỷ lệ cao nhất (36,4%). Như vậy, Trần Thị Thảo kết luận rằng phanh môi trên bám càng thấp thì tỉ lệ viêm lợi càng cao. Có thể giải thích sự bám bất thường của phanh môi trên dẫn đến tình trạng co kéo phanh môi trong quá trình thực hiện chức năng, gây bong rãnh lợi, đồng thời phanh môi trên bám thấp khiến vệ sinh răng miệng khó khăn hơn, làm tăng sự tích tụ mảng bám, gây nên tình trạng viêm tại chỗ.⁹

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá đặc điểm giải phẫu phanh môi trên ở 1600 học sinh tại hai trường tiểu học tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ học sinh có phanh môi trên bám bất thường là 43,0%. Một số mối liên quan của phanh môi trên bám bất thường với răng và nha chu như: độ cắn chéo, khe thừa, răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái mọc bất thường, viêm lợi. Phanh môi trên bám bất thường cũng dẫn đến nguy cơ co kéo lợi cao gấp 5,15 lần so với học sinh có phanh môi trên bám bình thường. Tỷ lệ học sinh bị viêm lợi vùng răng cửa giữa hàm trên bên phải và bên trái cao nhất ở nhóm phanh môi trên bám bất thường vào quá nhú lợi (28,6%) và nhú lợi (25,4% và 22,2%), thấp hơn ở nhóm niêm mạc và lợi dính ($p > 0,05$).

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự hỗ trợ, giúp đỡ của Ban Giám hiệu, toàn thể giáo viên và học sinh đã tham gia nghiên cứu tại hai

trường tiểu học Long Biên và Bồ Đề, quận Long Biên, thành phố Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Henry SW, Levin MP, Tsaknis PJ. Histological features of superior labial frenum. *J Periodontol.* 1976;47:25 - 28.
2. M. Priyanka, R. Sruthi, T. Ramakrishnan, et al. An overview of frenal attachments. *Journal Indian Soc Periodontol.* 2013;17(1):12 - 15.
3. P. Jathar, A. Panse, D. Metha, et al. Acute speech impediment due to abnormal labial frenum in a 5 year old girl: a case report. *Jornal of Dental & Allied Sciences.* 2012;1(2):76 - 78.
4. Lawrence A. Kotlow. Oral diagnosis of abnormal frenum attachments in neonates and infants. *The journal of the academy of laser dentistry.* 2005;18:26 - 28.
5. Addy M, et al. A study of the association of frenal attachment, lip coverage, and vestibular depth with plaque and gingivitis. *Journal of Periodontol.* 1987;5(11):752 - 757.
6. Yuri Castro - Rodriguez, Sixto Grados - Pomarino. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2016;9:217 - 221.
7. Vũ Duy Tùng (2013), Khảo sát hình thể lâm sàng và ảnh hưởng của phanh môi hàm trên tới nhóm răng cửa, trên học sinh lớp 3, 4, 5 tại trường tiểu học Phúc Tiến, Phú Xuyên, Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Jonathan PT, Himani Thakur, Abhiruchi Galhotra, et al. Maxillary labial frenum morphology and midline diastema among 3 to 12 - year - old schoolgoing children in Sri Ganganagar city: A cross - sectional study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry.* 2018;36(3):234 - 239.
9. Trần Thị Thảo. Đặc điểm giải phẫu phanh môi trên và thực trạng cung răng ở một nhóm học sinh 9 tuổi tại trường tiểu học Lê Lợi, Hà Nội. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
10. Anna Sekowska, Renata Chalas. Diastema size and type of upper lip midline frenulum attachment: *Folia Morphologica;* 2016.

Summary

THE RELATIONS OF ABNORMAL LABIAL FRENUM ATTACHMENT WITH POSITION AND GUM TISSUE OF UPPER RIGHT AND UPPER LEFT CENTRAL INSCISORS IN CHILDREN OF 7 - 11 YEARS OLD OF AGE IN HANOI

A cross-sectional study was conducted to evaluate the relations of abnormal labial frenum attachment with position and gum tissue of upper right and upper left central incisors of 1600 pupils aged from 7 to 11 years old at two primary schools in Hanoi. The results showed that the prevalence of mucosal type was 57,0%, 38,6% were gingival type, 3,9% were papillary type and 0,4% were papillary penetrating type. Of which, the prevalence of papillary type was higher in the 7 - 8 years old age group than in the 9 - 10 years old age group and in the 11 years old group (5,4% compared with 2,7% and 2,9%); the difference was significant with $p < 0.05$. The abnormal labial frenum attachment affects on the crossbite level (OR = 1,23, 95% CI: 0.66 - 2.27), the risk of gum recession (OR = 5.15, 95% CI: 2.29 - 13.08) when compared

to pupils with normal frenum. The prevalence of pupils with gingivitis upper right and left central incisors is high in the papillary penetrating type (28.6%) and papillary type (25.4% and 22.2%).

Keywords: abnormal labial frenum attachment.